



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

CÍCERA EUGÊNIA PEREIRA DA SILVA

**ASPECTOS RELACIONADOS À INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM ADULTOS
PORTADORES DE HIV/AIDS**

**ARACAJU
2018**

CÍCERA EUGÊNIA PEREIRA DA SILVA

**ASPECTOS RELACIONADOS À INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM ADULTOS
PORTADORES DE HIV/AIDS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem, Cuidado e Saúde.

Linha de pesquisa: Gestão e Cuidado no Contexto do SUS e as Políticas em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Alzira Maria D'ávila Nery Guimarães.

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Lígia Mara Dolce de Lemos.

ARACAJU
2018

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

S586a

Silva, Cícera Eugênia Pereira da.
Aspectos relacionados à internação hospitalar em adultos portadores de HIV/AIDS / Cícera Eugênia Pereira da Silva; orientadora Alzira Maria D'ávila Nery Guimarães. – Aracaju, 2018.

61f. : il.

Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Sergipe, 2018.

1. HIV (vírus). 2. Aids (Doença). 3. Pacientes hospitalizados. 4. Agentes antirretrovirais. I. Guimarães, Alzira Maria D'ávila Nery, orient. II. Título.

CDU 616-083

CÍCERA EUGÊNIA PEREIRA DA SILVA

**ASPECTOS RELACIONADOS À INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM ADULTOS
PORTADORES DE HIV/AIDS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem, Cuidado e Saúde.

Linha de pesquisa: Gestão e Cuidado no Contexto do SUS e as Políticas em Saúde e Enfermagem.

Aprovada em: _____/_____/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Alzira Maria D'ávila Nery Guimarães
Orientadora

Prof.^a Dr.^a Lúgia Mara Dolce de Lemos
Coorientadora

Prof.^a Dr.^a Izadora Menezes da Cunha Barros
Membro externo

Prof.^a Dr.^a Cristiane Franca Lisboa Gois
Membro interno

Esta pesquisa é dedicada a todas as pessoas que vivem com HIV, especialmente, àquelas que tanto contribuíram para a concretização deste estudo. Muitos delas em virtude dessa nova realidade apresentaram um novo olhar para a vida. Anseio para que este estudo possa promover uma melhor qualidade de vida a todos.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, agradeço a Deus, meu condutor para uma travessia permeada por superação de obstáculos e fonte fértil de fé e esperança.

Agradeço aos meus pais Joaquim (*in memoriam*) e Luiza por todo amor, esforço e dedicação dispensados para o meu crescimento pessoal e profissional.

Aos meus filhos: Gustavo e Ananda, minha fonte de inspiração para que eu me torne a cada dia, uma pessoa melhor. Apesar de serem crianças compreenderam a minha ausência neste momento de estudos, mesmo estando perto.

Meus irmãos e sobrinhos agradeço pelo incentivo e amor dispensados.

À prof.^a Alzira, obrigada pela transmissão de sabedoria, paciência, incentivo e delicadeza com a qual me conduziu.

À prof.^a Lígia, todo o meu respeito pelo domínio do conteúdo e valiosas orientações. Às duas meu muito obrigada!

À prof.^a Izadora e prof.^a Cristiane, por gentilmente terem participados da banca avaliadora do meu trabalho.

A toda equipe do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem do mestrado acadêmico da Universidade Federal de Sergipe, aos professores que se dedicaram com esmero e profissionalismo e aos meus queridos colegas de turma pela generosidade.

À Divisão de Enfermagem do Hospital Universitário, representada por Flávia Janólio, uma incansável lutadora para o crescimento e valorização da enfermagem.

À equipe da clínica médica II, por oportunizar este estudo, pelo acolhimento e atenção dispensados durante a coleta de dados dos pacientes.

Às colegas: Lidiane, tão generosa em partilhar seu saber e Josiene pelo apoio e palavras de incentivo nos momentos difíceis. As demais colegas queridas do HU por acreditarem em mim. À gestão do hospital de Poço Verde pela compreensão e a minha amada equipe do hospital de Poço Verde. Todos são verdadeiras famílias. Às acadêmicas de enfermagem: Caroline, Aline e Rafaela que me ajudaram durante a coleta de dados.

Ao estatístico Íkaro por ter engrandecido minha pesquisa de forma competente.

À Gardênia pela formatação deste trabalho e preciosas correções das referências de acordo com as normas da ABNT.

Agradeço especialmente, à todas as pessoas que vivem com HIV/aids. Que esse estudo desperte para uma assistência humanizada, qualificada, científica. E que traga para estas pessoas uma vida mais saudável e mais feliz.

RESUMO

Introdução: A Aids (Síndrome da Imunodeficiência Humana) configura-se como um relevante problema de saúde pública mundial. No país, após 30 anos do primeiro caso de aids em 1981, a política de enfrentamento à epidemia é reconhecida como referência no âmbito internacional. Apesar dos avanços da terapia antirretroviral e aumento na sobrevida dos pacientes vivendo com HIV, muitos ainda necessitam de hospitalização. **Objetivo:** analisar aspectos relacionados à internação hospitalar em adultos portadores de HIV/aids. **Pacientes e métodos:** trata-se de estudo transversal, com descrição de variáveis e análise de associações entre portadores de HIV/aids. Foi realizado no Hospital Universitário de Aracaju/SE, no setor de infectologia, entre outubro de 2016 a novembro de 2017. A amostra foi composta por 40 adultos HIV reagentes, a partir de 18 anos, alfabetizados ou não. Os dados foram descritos por meio de frequências simples e percentuais. Para avaliar as relações entre as características demográficas, econômicas e comportamentais referentes à análise dos aspectos da terapia antirretroviral e de internação, foi aplicado a análise de correspondência múltipla para construção de um mapa perceptual. Realizou-se análise descritiva por meio de frequências e associações de variáveis, aplicando-se os testes exatos de Fisher e intervalo de confiança de 95%. Utilizou-se o software R Core Team 2017. **Resultados:** Dentre os participantes, 24 (60,0%) eram homens, 20 (50,0%) possuíam faixa etária abaixo de 40 anos e 27 (67,5%) tinham menos de oito anos de estudo, a cor autorreferida predominante foi parda 25 (62,5%) com 22 (55,0%) dos participantes residindo na grande Aracaju. Com relação aos aspectos epidemiológicos e comportamentais que levaram os pacientes à internação, 21 (52,5%) mencionaram não possuir parceria fixa, 24 (82,8%) referiram transmissão do HIV pela via sexual, 35 (87,5%) relataram orientação heterossexual, e aproximadamente um terço deles verbalizaram não fumar, usar drogas ilícitas ou bebidas alcoólicas. Quanto à internação hospitalar 31 (77,5%) apresentaram diagnóstico tardio do HIV com doenças relacionadas à aids, a exemplo de pneumonia 2 (5,0%), tuberculose 4 (10,0%) e toxoplasmose cerebral 4 (10%). No que concerne os motivos clínicos da internação, 24 (60,0%) afirmaram sentir fraqueza, diarreia e febre (15/40,5%), anemia 11(27,5%). **Conclusões:** Os dados deste estudo permitem afirmar que homens, população jovem e com pouca escolaridade são aspectos que corroboram para a internação hospitalar. A predominância entre os pacientes que apresentaram diagnóstico tardio é preocupante, principalmente por revelar falhas nos processos do cuidado à saúde.

Palavras- chave: HIV. Aids. Hospitalização. Terapia Antirretroviral de Alta Atividade.

ABSTRACT

Introduction: AIDS (Human Immunodeficiency Syndrome) is an important public health problem worldwide. In the country, after 30 years of the first AIDS case in 1981, the policy to confront the epidemic is recognized as an international reference. **Objective:** to analyze aspects related to hospitalization in adults with HIV / AIDS. **Patients and Methods:** This was a cross-sectional study, with description of variables and analysis of associations between HIV / AIDS patients. Carried out at the University Hospital of Aracaju / SE, in the infectious sector, between October 2016 and November 2017. The sample consisted of 40 HIV-reactive adults aged 18 years, literate or not. Data were described using simple and percentage frequencies. To evaluate the relationship between demographic, economic and behavioral characteristics related to the analysis of aspects of antiretroviral therapy and hospitalization, multiple correspondence analysis was applied to construct a perceptual map. Descriptive analysis was performed using frequencies and associations of variables, using Fisher's exact tests and 95% confidence intervals, using the R Core Team 2017 software. **Results:** Among the participants, 24 (60.0%) were men, 20 (50.0%) were aged under 40 years and 27 (67.5%) with less than eight years of study, the predominant self-reported color was brown 25 (62.5%) with 22 (55.0%) of the participants residing in the great Aracaju. Regarding the epidemiological and behavioral aspects that led the patients to their hospitalization, 21 (52.5%) reported not having a fixed partnership, 24 (82,8%) reported transmission of HIV through the sexual, 35 (87.5%) reported heterosexual orientation and approximately one third of them reported not smoking, using illicit drugs or alcoholic beverages. Regarding hospital admission, 31 (77.5%) had a late diagnosis of HIV with AIDS-related illnesses, such as pneumonia 2 (5.0%) , tuberculosis 4 (10.0%) and Cerebral toxoplasmosis 4 (10%). Regarding the clinical reasons for hospitalization, 24 (60.0%) reported weakness, diarrhea and fever (15 / 40.5%), anemia 11 (27.5%). **Conclusions:** The data from this study allow us to affirm that men, young population and with little schooling are corroborating aspects for hospitalization. The predominance among the patients who presented a late diagnosis is worrisome, mainly because it reveals flaws in the health care processes.

Keywords: HIV. AIDS. Hospitalization. High Activity Antiretroviral Therapy.

LISTA DE TABELAS E FIGURA

Tabela 1- Caracterização dos aspectos demográficos e econômicos da amostra. Período: outubro de 2016 a novembro de 2017. Aracaju/SE.....	35
Tabela 2 - Aspectos epidemiológicos e comportamentais que levaram à internação hospitalar. Período: outubro de 2016 a novembro de 2017. Aracaju/SE.	36
Tabela 3 - Distribuição das informações sobre uso da Terapia antirretroviral. Período: outubro de 2016 a novembro de 2017. Aracaju/SE.	37
Tabela 4 - Aspectos relacionados à internação hospitalar. Período: outubro de 2016 a novembro de 2017. Aracaju/SE.	39
Figura 1 - Mapa Perceptual relacionado aos aspectos da internação hospitalar. Período: outubro de 2016 a novembro de 2017. Aracaju/SE.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Aguda
AZT	Azitromicina
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CCRT	Receptor Quimiocina
CDC	Centro de Controle e Prevenção de Doenças
CPRH	Central de Processamento de Roupas Hospitalares
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
DTG	Dolutegravir
EFVE	Fanvirens
HAART	Terapia Antirretroviral Altamente Eficaz
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HTLV	Vírus T- Linfotrófico Humano
HU	Hospital Universitário
IB	Imunoblot
IBR	Imunoblot Rápido
IE	Imunoensaio
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
ITRN	Inibidores da transcriptase Reversa Análogos a Nucleosídeos
ITRNNS	Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos a Nucleosídeos
LAV	Vírus associado à Linfadenopatia
LT	Linfócito T
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PREEP	Profilaxia Pré- Exposição
PVHA	Pessoa Vivendo com HIV Aids
RNA	Ácido Ribonucleico
SRA	Síndrome Retroviral Agudo
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TC	Lamivudina

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDF	Tenofovir
TR	Teste Rápido
UFS	Universidade Federal de Sergipe
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WB	Western- Blot

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1 Conjuntura Histórica do HIV	14
2.2 Perfil Epidemiológico da aids no mundo e no Brasil	15
2.3 História Natural da Doença	16
2.4 Diagnóstico do HIV	18
2.5 Terapia Antirretroviral	19
2.6 Prevenção	21
3 OBJETIVOS	23
3.1 Objetivo geral	23
3.2 Objetivos específicos	23
4 JUSTIFICATIVA	24
5 PACIENTES E MÉTODOS	25
5.1 Desenho do Estudo	25
5.2 Cenário da Pesquisa	25
5.3 Amostra do Estudo e Critérios de Inclusão	25
5.4 Instrumento da coleta de dados	26
5.5 Sistemática da Coleta de dados	26
5.6 Aspectos Éticos	27
5.6.1 Riscos	27
5.6.2 Benefícios	27
5.7 Análise dos dados	27
6 RESULTADOS	29
6.1 Artigo	30
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS	49
APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	53
APÊNDICE B- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	54
ANEXO I- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	59

1 INTRODUÇÃO

A aids (Síndrome da Imunodeficiência Humana) configura-se como um relevante problema de saúde pública mundial. No Brasil, do início da epidemia até junho de 2017, foram registrados 882.810 casos. Destes, 65,3% ocorreram em homens. No período de 1980 até 2002, observou-se um incremento na participação das mulheres. Porém, a partir de 2009, houve uma redução no número de casos entre as mulheres e aumento em homens, passando a ser a razão por sexo de 21 casos em homens, para cada 10 casos em mulheres, em 2015. Para ambos os sexos, a maior concentração dos casos de aids está entre os indivíduos com idade entre 25 e 39 anos (BRASIL, 2016a, 2017a).

Em 2013, o Brasil foi o país que mais comprou e distribuiu preservativos no mundo, cerca de 625 milhões de unidades. Atualmente, representa um dos dez países e o único da América Latina, a adotar todas as novas tecnologias de prevenção, como a recente ampliação do tratamento aos adultos com testes positivos do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), mesmo sem comprometimento do sistema imunológico. Essa medida resultou em um aumento de cerca de 40,0% no número de pessoas iniciando a terapia com antirretrovirais (TARV) nos primeiros seis meses de 2014, em relação ao mesmo período do ano de 2013 (BRASIL, 2014a). No país, após 30 anos do primeiro caso de aids em 1981, a política de enfrentamento à epidemia é reconhecida como referência no âmbito internacional (GRECO, 2016).

A eficácia do TARV depende da adesão dos pacientes aos medicamentos antirretrovirais. Para se alcançar a redução da replicação viral do HIV, é necessária adesão aos esquemas terapêuticos superior a 80,0% (SILVA, et al. 2015). O risco de transmissão da doença está intrinsecamente relacionado à falta de adesão ao tratamento, por isso, faz-se necessário o acompanhamento e uma assistência à saúde individualizada. (HIPÓLITO, et al., 2017).

Não obstante aos avanços da terapia antirretroviral e o aumento na sobrevida dos pacientes infectados pelo HIV, um grande número de pessoas pertencentes a esse grupo ainda necessita de hospitalização. Algumas situações são apontadas como predisponentes à internação, tais como: sexo masculino, população jovem, nível socioeconômico precário, uso de drogas ilícitas e desenvolvimento de doenças oportunistas (NUNES, et al., 2015).

Identificar as principais causas que levam as pessoas vivendo com HIV/aids à hospitalização, faz-se importante para o planejamento das ações em saúde, de forma que seja viável prevenir ou protelar possíveis internações hospitalares, além de permitir a diminuição dos gastos dos órgãos de saúde pública (COELHO, 2014).

Nesta problemática, questiona-se quais aspectos estão relacionados à internação das pessoas acometidas por HIV/aids admitidas na Unidade de Infectologia do Hospital Universitário de Sergipe?

Tendo em vista o exposto, a realização deste estudo torna-se relevante por viabilizar um conhecimento mais abrangente acerca dos aspectos que levam os indivíduos com HIV/aids à necessitarem de hospitalização. Uma vez essas informações evidenciadas, poderão subsidiar o planejamento de políticas eficazes e eficientes no sentido de evitar ou postergar as internações hospitalares.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Conjuntura Histórica do HIV

A aids foi reconhecida em 1981, nos EUA, na qual observou-se o surgimento de um elevado número de pacientes adultos do sexo masculino com comprometimento do sistema imune, fato esse, que levou à conclusão de que se tratava de uma nova doença. Nos últimos anos da década de 70, alguns casos foram identificados como tendo sido aids. No cenário brasileiro, a aids foi identificada pela primeira vez em 1981, em pacientes homo ou bissexuais. Um caso foi reconhecido retrospectivamente, no Estado de São Paulo, como tendo ocorrido em 1980 (BRASIL, 2006).

Em setembro de 1982, surgiu a primeira definição de aids no mundo, firmada pelos *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) dos Estados Unidos. No Brasil, a primeira definição de caso de aids adotada pelo Ministério da Saúde foi em 1987, voltada para os indivíduos com quinze anos de idade e mais. Nomeada Critério CDC Modificado, fundamentava-se na evidência laboratorial de infecção pelo HIV e no aparecimento de doenças indicativas de imunodeficiência utilizando-se métodos diagnósticos definitivos. Após várias adequações ao longo dos anos, atualmente utilizam-se três critérios para definição de aids aos indivíduos a partir de 13 anos. São eles: critério CDC adaptado: a partir de diagnóstico laboratorial pelo HIV, acrescido ao aparecimento de pelo menos uma doença indicativa de aids e/ ou contagem de T CD4+ menor que 350 células /mm³. O critério Rio de Janeiro/Caracas é caracterizado quando existe o diagnóstico laboratorial pelo HIV, associado a um somatório de pelo menos 10 pontos, conforme uma escala de sinais, sintomas ou doenças e por fim critério excepcional óbito: quando há menção à aids na Declaração de Óbito (DO), juntamente com investigação epidemiológica não conclusiva ou citação à infecção pelo HIV na DO adicionado a uma investigação epidemiológica inconclusiva (BRASIL, 2004; 2017b).

Em 1983, os médicos Robert Gallo nos EUA e Luc Montagnier na França somado às suas respectivas equipes, foram os responsáveis pela descoberta do Vírus da Imunodeficiência Humana. Inicialmente, Robert Gallo denominou o vírus do HIV como sendo HTLV (*Human T-Lymphotropic Virus* ou Vírus T-Linfotrópico Humano), enquanto que Montagnier, nomeou o vírus de LAV (*Lymphadenopathy Associated Virus* ou Vírus Associado à Linfadenopatia) (GALLO, 2006; COHEN; ENSERINK, 2008).

2.2 Perfil Epidemiológico da aids no mundo e no Brasil

Dados advindos do relatório do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS) confirmam que, no mundo, há 36,7 milhões de pessoas vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana - HIV (UNAIDS, 2016). Ao retratar o número de mortes relacionadas à aids no mundo, observa-se um decréscimo de 1,9 milhão em 2005 para 1 milhão em 2016. Estima-se que mais da metade das pessoas com HIV estejam realizando a TARV, esse fato corrobora positivamente para a mudança desse indicador (UNAIDS, 2016).


Nos últimos dez anos a incidência de aids no Brasil mantém-se linear com uma média de 20,7 casos para cada 100.000 habitantes. Quanto ao registro de número de casos por ano, corresponde a aproximadamente 40,1 mil casos de aids. A distribuição geográfica nos últimos cinco anos (2012 a 2016) evidenciou-se a seguinte configuração: a região Norte apresentou uma média de 4,2 mil casos ao ano; o Nordeste, 8,8 mil; o Sudeste, 16,3 mil; o Sul, 8,5 mil; e o CentroOeste, 2,8 mil. Quanto ao coeficiente de mortalidade, observou-se uma discreta queda, o qual passou-se de 5,9% por 100.000 habitantes em 2006 para 5,6% em 2015, o que corresponde a uma queda de 3,0%. (BRASIL, 2016a, 2017a).

O retrato da epidemia apresenta com assombro que o controle da aids no Brasil está longe de ser alcançada. O delineamento dos índices evidencia que houve o retorno do aumento de número de casos entre os homossexuais, os centros urbanos detêm uma maior concentração da epidemia e ocorreu um aumento da razão masculino/feminino (GRANGEIRO; CASTANHEIRA; NEMES, 2015).

Em Sergipe, o primeiro caso de aids diagnosticado ocorreu em 1987. Desse período até meados de 2017, foram notificados 4.976 casos. A incidência nesse estado em 2016 foi de 16,4 por 100.000/ habitantes. O coeficiente de mortalidade de Sergipe correspondeu a 3,5 para cada 100.000 habitantes (SERGIPE, 2016; BRASIL, 2017a).

As correlações entre a predominância da infecção a determinados grupos foram se modificando ao longo dos anos. Os homossexuais e usuários de drogas eram denominados grupos de risco, mais adiante foi assumida a ideia de comportamento de risco aludindo ao sexo desprotegido e por fim à vulnerabilidade (CALVETI, et al. 2014).

Ao realizar um detalhamento mais apurado sobre o perfil epidemiológico em determinados períodos, apresentou-se as seguintes considerações:

-  A primeira fase que compreende o período entre 1980 a 1986, caracterizou-se pela transmissão homo/bissexual masculino, com nível elevado de escolaridade;

🚫 De 1987 a 1991, definiu-se pela transmissão sanguínea e pela participação de usuários de drogas injetáveis (UDI), iniciando-se um processo simultâneo de pauperização e interiorização da epidemia;

🚫 A partir de 1992, houve um incremento de casos por exposição heterossexual, assumindo uma importância cada vez maior o número de casos em mulheres caracterizando a feminização da epidemia (BRASIL, 2006).

🚫 Passados trinta e dois anos, observa-se um recrudescimento no número de casos entre os homens, mais notadamente os jovens, uma pauperização e interiorização do HIV (BRASIL, 2006, 2017b).

2.3 História Natural da Doença

O HIV-1 e HIV-2 possuem uma partícula esférica, que mede de 100 a 120 nm de diâmetro. Fazem parte do gênero *Lentiviridae* e família *retroviridae*, possuindo no núcleo duas cópias de Ácido Ribonucleico (RNA) simples, encapsuladas por uma camada proteica ou nucleocapsídeo, capsídeo e um envelope externo composto por uma bicamada fosfolipídica. Os principais componentes virais com utilidade diagnóstica incluem as proteínas do envelope viral (gp160, gp120 e gp 41), as proteínas codificadas pelo gene *gag* (p55, p24 e p17) e as proteínas codificadas pelo genopol (p66, p51, p31) (BRASIL, 2014b). Para ocorrer a multiplicação viral é necessário a ação de uma enzima, a transcriptase reversa, responsável pela transcrição do RNA viral para uma cópia do ácido desoxirribonucleico (DNA), na qual irá se incorporar ao genoma do hospedeiro (BRASIL, 2017b).

As principais formas de transmissão do HIV são por via sexual, sanguínea e perinatal (transmissão de mãe para filho durante a gestação, parto ou aleitamento materno). Outra forma, menos ocorrente, é a ocupacional, quando profissionais da área da saúde sofrem ferimentos com instrumentos perfurocortantes infectados com sangue de portadores (BRASIL, 2006).

A transmissão sexual é considerada uma importante forma de transmissão do HIV no Brasil e no mundo, sendo que a transmissão heterossexual é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a mais frequente. Alguns fatores aumentam o risco de transmissão do HIV numa relação sexual, são eles: alta viremia (durante a fase da infecção primária e na imunodeficiência avançada); relação anal receptiva; relação sexual durante a menstruação; presença de outra Infecção Sexualmente Transmissível (IST). Sabe-se atualmente que as úlceras resultantes de infecções por agentes sexualmente transmissíveis,

como cancro mole, sífilis e herpes genital, aumentam muito o risco de transmissão do HIV (BRASIL, 2006).

O HIV ataca e destrói as células de defesa do organismo humano, mais notadamente o linfócito T (LT) -CD4+. Em indivíduos não tratados, estima-se que o tempo médio entre o contágio e o aparecimento da doença esteja em torno de dez anos. A infecção pelo HIV cursa com amplo espectro de apresentações clínicas, desde a fase aguda até a fase avançada da doença (BRASIL, 2015). Essas apresentações são divididas em 4 fases sendo elas:

Fase 1- Infecção aguda: costuma ocorrer em torno da quarta semana após a infecção. Há um aumento exponencial da carga viral e o indivíduo torna-se altamente infectante. Pode haver achados clínicos denominados Síndrome Retroviral Aguda (SRA) geralmente entre a primeira e terceira semana após a infecção caracterizada por: febre, adenopatia, mialgia, diarreia, comprometimento das cadeias cervicais anterior e posterior, submandibular, occipital e axilar. Entre 50% e 90% dos indivíduos infectados apresentam SRA. Nessa fase pode ocorrer ainda esplenomegalia, letargia, astenia, anorexia e depressão. Alguns pacientes desenvolvem exantema de curta duração e outros sintomas digestórios como náuseas, vômitos, diarreia e perda de peso. As manifestações neurológicas mais comuns são cefaleia e dor ocular, mas podem ocorrer também quadro de meningite asséptica, neurite periférica sensitiva ou motora e paralisia do nervo facial. A sorologia para HIV geralmente é negativa nessa fase, mas o diagnóstico pode ser realizado por métodos moleculares para detecção de RNA do HIV.

Fase 2- Latência clínica: na fase de latência clínica o exame físico costuma ser normal exceto pela linfadenopatia, que pode persistir após a infecção aguda. No entanto, podem ocorrer alterações nos exames laboratoriais, sendo a plaquetopenia um achado comum, embora sem repercussão clínica na maioria dos casos. Anemia e leucopenia leves podem estar presentes.

Fase 3 – Fase sintomática: o paciente pode apresentar sinais e sintomas que variam de intensidade, incluindo os processos oportunistas de menor a maior gravidade. Enquanto os linfócitos T-CD4 permanecem acima de 350 células/mm³, os episódios mais frequentes são geralmente bacterianos, como infecções respiratórias ou mesmo tuberculose. Com a progressão da infecção, os sintomas constitucionais (febre, perda ponderal, sudorese noturna e fadiga), diarreia crônica, cefaleia, alterações neurológicas, infecções bacterianas (pneumonia, sinusite, bronquite) e lesões orais, como a leucoplasia pilosa, tornam-se mais frequentes, além de herpes-zoster. Nesse período, já é possível encontrar a diminuição da contagem de LT-CD4+ entre 200 e 300 células/mm³ e algumas lesões orais como leucoplasia pilosa associadas ao desenvolvimento de pneumonia por *P.jirovecii* assim como diarreias de origem desconhecida já são preditores da evolução para a doença aids.

Fase 4- AIDS: Nesta fase ocorrem doenças oportunistas decorrentes da redução da imunidade. As doenças oportunistas podem ter como fatores etiológicos: vírus, bactérias, fungos, neoplasias. Entre as patologias mais comuns se enquadram: pneumocistose, neurotoxoplasmose, sarcoma de Kaposi e tuberculose, sendo esse último responsável por cerca de um terço das mortes relacionadas à aids entre as pessoas vivendo com HIV/Aids (BRASIL, 2015b; UNAIDS, 2016b). Por outro lado, observa-se um incremento das doenças não definidoras de aids à exemplo de tuberculose extrapulmonar, meningite criptocócica, herpes simples, encefalite, toxoplasmose cerebral, câncer (LARLEY, 2015).

2.4 Diagnóstico do HIV

No Brasil, o diagnóstico da infecção pelo HIV é regulamentado por meio da Portaria 29 de 17 de dezembro de 2013, que aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças (BRASIL, 2014b).

As técnicas laboratoriais para o diagnóstico do HIV foram se aperfeiçoando com o passar dos anos. Atualmente, os testes moleculares são os mais eficientes para a confirmação diagnóstica das infecções recentes por detectarem RNA ou DNA pró-viral e possuem um melhor custo-efetividade. Porém, para as pessoas denominadas controladores de elite, poderão apresentar viremia indetectável ao realizar esses testes. Para esses casos, o diagnóstico deverá ser feito mediante a realização de exames complementares convencionais tais como: imunoblot (IB), imunoblot rápido (IBR) e Western-blot (WB).

Para as pessoas que se encontrem na fase crônica da infecção, preconiza-se a realização de testes de triagem (3ª ou 4ª gerações) associado por um teste complementar (WB, IB, IBR ou TM). No Brasil, mais de 90,0% dos casos são diagnosticados tardiamente (BRASIL, 2016b). Com intuito de ampliar o acesso ao diagnóstico, o MS recomendou a realização de testes rápidos (TR) em ambientes laboratoriais e não laboratoriais. Esses exames são imunoensaios (IE) simples e foram desenvolvidos para detectar anticorpos anti-HIV em até 30 minutos. Conforme o fluxograma de testagem para o HIV estabelecido pelo MS, somente um resultado não reagente do teste é necessário para descartar a presença da infecção viral. Porém, se houver suspeita de infecção, recomenda-se realizar um novo exame trinta dias após o primeiro. Para um resultado reagente, faz-se um segundo teste diferente do primeiro. Dois testes rápido reagentes confirmam a presença do HIV. Para concluir essa etapa, o exame de carga viral deve ser realizada em todas as pessoas recém diagnosticadas (BRASIL, 2016b).

2.5 Terapia Antirretroviral

O relatório da UNAIDS, incentiva a adoção de uma terapêutica integral à pessoa vivendo com HIV/aids (PVHA), considerando as especificidades de cada ciclo de vida: infância, adolescência, idade adulta e a terceira idade (UNAIDS, 2016).

Em relação ao tratamento, a Constituição Brasileira de 1988 estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado. Nesse contexto, em 1996 foi publicada a Lei nº 9.313/96, possibilitando a distribuição gratuita dos medicamentos antirretrovirais no âmbito do SUS. A partir de então, o acesso gratuito ao diagnóstico do HIV e consequentemente, ao tratamento da aids, tem sido ampliado (BRASIL, 2010).

Em dezembro de 2013, o Brasil tornou-se o primeiro país em desenvolvimento e o terceiro do mundo a iniciar a TARV para as pessoas acometidas pelo HIV/aids, independente do aparecimento da imunodepressão (BRASIL, 2015b).

Estudos evidenciam que o início precoce do tratamento, ampliam as chances de atingir níveis elevados de LT-CD4+, fato este que corrobora para redução da transmissão do HIV. Dessa forma, a PVHA ao atingir valores adequados de LT-CD4+, ou seja, acima de 500 células/mm³ associado à carga viral indetectável, alcança a expectativa de vida semelhante à população geral (BRASIL, 2015b).

A evolução histórica dos medicamentos antirretrovirais, inicialmente, aconteceu em 1987, com a descoberta da Zidovudina (AZT). Entre 1994 a 1996, consolidou-se a terapia dupla e a partir de 1996, com a introdução dos inibidores da protease estabeleceu-se a terapia tríplice (BONOLO; GOMES; GUIMARÃES, 2007).

Seis classes de drogas utilizadas para o tratamento são disponibilizadas para os pacientes com HIV, são elas: inibidores da transcriptase reversa análogos a nucleosídeos (ITRN); inibidores da transcriptase reversa não análogos a nucleosídeos (ITRNNs); inibidores de protease; inibidores de fusão; inibidores da integrase; antagonistas de CCR5 (LOPES, 2013).

Até então, o esquema de primeira linha para o tratamento antirretroviral (TARV) preconizado pelo MS era constituído pelas seguintes combinações de medicamentos: Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz (TDF + 3TC + EFV) (BRASIL, 2015b). Porém em 2017, um outro fármaco foi incorporado ao manejo terapêutico, o dolutegravir (DTG). O mesmo pertence à classe dos inibidores da integrase e possui uma ação de alta potência e poucos eventos adversos. Dessa forma, o novo esquema para início de tratamento para PVHA recomendado é composto por: TDF+ 3TC+ DTG (BRASIL, 2017c).

As principais finalidades do TARV ou terapia antirretroviral altamente eficaz (HAART) são reduzir a transmissão do HIV, suprimir a replicação viral para valores inferiores a 50 cópias/ml, preferencialmente e reduzir a morbimortalidade associada ao HIV (LOPES, 2013).

Com o advento da HAART, obteve-se uma importante redução na incidência de internação hospitalar e infecções oportunistas. Dessa forma, os pacientes em uso de HAART, puderam se beneficiar do tratamento apresentando um declínio na mortalidade por aids em torno de 10-12 para 1-3 por 100 pessoas-ano (RIBEIRO, 2012).

O Brasil firmou um acordo em reunião da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) no qual até 2020 deverá atingir as seguintes metas: 90% das pessoas vivendo com HIV/AIDS diagnosticadas; 90% das PVHA diagnosticadas em terapia antirretroviral e 90% das PVHA em TARV com supressão viral. Tais metas foram denominadas metas 90-90-90 e são monitoradas mediante a cascata do cuidado contínuo (BRASIL, 2015a).

Um grande desafio no tratamento da aids para as políticas públicas de saúde é a adesão. Dessa forma, o Ministério da Saúde conceitua adesão como sendo um processo que abrange múltiplos fatores, dentre os quais podemos citar: aspectos físicos, psicossociais, culturais e comportamentais. Além disso, é necessário o envolvimento das pessoas que vivem com o HIV na tomada de decisões (BRASIL, 2008).


A prática da adesão representa reduzir o risco de falha virológica, aumentar a sobrevida, diminuir o risco de progressão para aids, além de melhorar a qualidade de vida do paciente (BONOLO; GOMES; GUIMARÃES, 2007).

Para se alcançar a adesão são sinalizados alguns princípios norteadores, tais como: universalidade no acesso a insumos, serviços e ações de saúde; Integralidade do cuidado; equidade e superação de vulnerabilidades (BRASIL, 2008).

Além disso, a compreensão dos profissionais de saúde, acerca dos fatores psicossociais, como o estresse, ansiedade, depressão, também contribui para o fortalecimento da adesão ao TARV (CALVETTI, et al 2014).

Não se pode deixar de mencionar a participação e o envolvimento familiar configurando como decisivos no cuidado à saúde das pessoas soropositivas, principalmente na adesão a TARV, uma vez que exige mudanças na rotina e nos hábitos de todos que fazem parte da vida desse paciente (SILVA; TAVARES, 2013).

A não adesão terapêutica converge com alguns pontos relacionados ao impacto socioeconômico decorrentes dessa pandemia, são eles:

-  A doença atinge em geral pessoas jovens, o que poderá interromper seu processo de trabalho produtivo;

🚫 Em se tratando dos membros familiares, a morte do cônjuge ou do casal, repercutirá de forma negativa no âmbito micro- econômico;

🚫 Poderá interferir no aspecto macroeconômico de um país (FAUSTINO, 2006).

Outros aspectos podem ser associados à não adesão ao TARV, são eles: a complexidade do regime terapêutico no que tange o número de doses e de comprimidos, dificuldade de ingerir o medicamento; horário da ingestão inadequado pois pode ser incompatível com sua rotina diária; precariedade no apoio emocional; falta de escolaridade; não aceitação da doença; transtornos mentais; fortes efeitos colaterais; relacionamento ineficaz entre paciente e profissional; abuso de álcool e outras drogas (FAUSTINO, 2006).

O Ministério da Saúde recomenda alguns fatores que fomentam positivamente para adesão ao tratamento com antirretrovirais, são eles: não se deve iniciar a terapia até que o paciente entenda e aceite a necessidade de adesão; o regime terapêutico deve ser em conformidade à vida cotidiana do paciente; manter o paciente bem informado sobre tudo que envolve a terapia; orientar uma pessoa da família ou amigo próximo sobre o tratamento. (BRASIL, 2006).

2.6 Prevenção

Em 2017, o MS publicou o novo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, no qual recomenda a prevenção combinada. Trata-se de um conjunto de ações voltadas para indivíduos mais vulneráveis, população-chave, (gays e outros HSH, pessoas trans, usuário de álcool e outras drogas e trabalhadoras do sexo), contemplando intervenções biomédicas, comportamentais e instrumentais. As diversas estratégias de prevenção combinada estão dispostos numa mandala e envolve: Testar regularmente para o HIV, profilaxia pós- exposição (PEP), profilaxia pré- exposição (PrEP), prevenção de transmissão vertical, imunizar para HBV E HPV, redução de danos, diagnosticar e tratar as pessoas com IST e HIV, usar preservativo masculino e feminino e tratar todas as pessoas vivendo com HIV/aids (BRASIL, 2017d).

Desta forma, os preservativos masculinos ou femininos são as únicas barreiras comprovadamente efetivas contra o HIV e outras IST, quando usados de forma correta e sistemática. O uso do preservativo pode reduzir o risco de transmissão do HIV e de outras IST em até 95% (BRASIL, 2006).

Em maio de 2017, o MS tornou pública a PORTARIA Nº 21, na qual recomenda o uso do tenofovir associado a entricitabina (TDF/FTC 300/200mg) como profilaxia pré-exposição

(PrEP) para pessoas não infectadas pelo HIV). Estudos científicos evidenciaram que o uso diário dos medicamentos pode diminuir o risco de infecção por HIV em mais de 90%. Vale salientar que a PrEP não substitui o uso do preservativo, nem tão pouco trata outras IST. Dessa forma, o Brasil se consolida como o primeiro país da América Latina a incluir essa estratégia no contexto da política de saúde pública (BRASIL, 2017e).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- 🚫 Analisar os aspectos relacionados à internação hospitalar em adultos portadores de HIV/aids.

3.2 Objetivos específicos

- 🚫 Caracterizar os aspectos sócio-demográficas e econômicas das pessoas com HIV/aids, que necessitam de internação;
- 🚫 Identificar os aspectos epidemiológicos e comportamentais referentes à internação nos portadores de HIV/aids;
- 🚫 Descrever os principais eventos morbidos atinentes à internação por HIV/ aids.

4 JUSTIFICATIVA

Atualmente, pessoas infectadas pelo HIV apresentam uma maior expectativa de vida, devido ao uso da Terapia Antirretroviral Altamente Ativa (HAART).

O advento da terapia antirretroviral (TARV) factibilizou uma diminuição considerável nas manifestações clínicas associadas à infecção pelo HIV, além de promover ganho visível no prognóstico das pessoas em tratamento (FAUSTINO, 2016).

A não adesão ou baixa adesão ao uso da TARV poderá levar a uma necessidade de esquemas terapêuticos complexos e exigir um maior número de medicamentos. Esse fato pode comprometer a eficácia do tratamento, favorecer a disseminação do vírus, e propiciar aparecimento do processo de adoecimento do paciente (SILVA, 2015).

Portanto, estudos voltados para identificar os fatores que levam à internação, são de extrema relevância no tocante ao planejamento econômico em saúde e para o desenvolvimento de estratégias para melhorar a saúde dos pacientes acometidos por HIV/aids (RIBEIRO, 2012).

5 PACIENTES E MÉTODOS

5.1 Desenho do Estudo

A abordagem metodológica foi constituída por um estudo transversal com descrição de variáveis e análise de associações entre portadores de HIV/aids de um hospital universitário de Sergipe.

5.2 Cenário da Pesquisa

A pesquisa foi realizada no Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Sergipe (UFS), localizado no bairro Palestina, região norte do Município de Aracaju/SE, setor de internamento da infectologia, onde funciona a clínica médica II. Trata-se de um hospital escola vinculado à UFS desde 1984. Essa instituição hospitalar realiza atividades de ensino, pesquisa e assistência, na qual presta atendimento médico-hospitalar de média e alta complexidade, sendo referência geral para o Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2009, por meio da portaria 35/2009 o hospital foi habilitado para realizar atendimento aos pacientes com aids (SILVA, 2016).

Atualmente, a estrutura física hospitalar é composta por 117 leitos, atendendo as especialidades de cirurgia geral, infectologia, clínica geral, pneumologia, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto tipo II, pediatria clínica e cirúrgica. A instituição possui ainda laboratório de análises clínicas, Serviço de Nutrição e Dietética, Farmácia, Central de Processamento de Roupas Hospitalares (CPRH), Banco de Sangue, Unidade de Anatomia Patológica, Núcleo de Processamento de Dados, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Administração e Unidade de Imagem, Métodos Gráficos e Diagnóstico. A unidade de clínica médica II possui 18 leitos, desses, 11 são destinados às doenças infecciosas com uma média de ocupação de 74,91% (SILVA, 2016).

5.3 Amostra do Estudo e Critérios de Inclusão

Utilizou-se a amostra intencional, composta por 40 pessoas e os critérios de inclusão dos participantes foram: pessoas do sexo masculino e feminino com idade maior ou igual a 18

anos, alfabetizados ou não; comprovadamente HIV positivo que estiveram internados no Hospital Universitário de Aracaju, entre o período de dezembro de 2016 a outubro de 2017. Foram excluídos os pacientes que demonstravam não ter conhecimento sobre o diagnóstico de HIV positivo e também aqueles que já haviam respondidos ao questionário anteriormente

5.4 Instrumento da coleta de dados

Para a realização da entrevista ao paciente, aplicou-se um formulário (APÊNDICE B) composto por cinco partes. A primeira: identificação, continha dados sobre nome abreviado do paciente, local da coleta e data da entrevista. A segunda: abordou os dados sócio-demográficos, dentre eles: sexo, data de nascimento, cor da pele autorreferida e renda; a terceira: dados epidemiológicos comportamentais/apoio, versou a respeito do grau de dificuldade para ter acesso à internação no HU, como o paciente adquiriu o HIV, se faz uso de bebida alcoólica, se fuma e quanto tempo de descoberta do HIV. A quarta etapa, discorreu acerca da terapia antirretroviral. Nessa, continha informações sobre início da TARV, presença de reações adversas com o uso dos medicamentos e assiduidade nas consultas agendadas. Por fim, o quinto questionamento foi relativo à internação. Foram relatados dados sobre o período da primeira internação após o diagnóstico e quais motivos levaram a essa internação, presença de outras patologias associadas à aids, esquema terapêutico prescrito e situação do esquema vacinal.

Para complementar os dados sobre o tratamento medicamentoso prescrito, exames laboratoriais (carga viral e CD4) e outros exames pertinentes ao objeto do estudo, utilizou-se informações contidas nos prontuários. Buscou-se também os profissionais de saúde e algumas vezes o representante legal, nos casos em que o paciente apresentasse alguma condição clínica que o impossibilitasse em responder as questões.

5.5 Sistemática da Coleta de dados

Durante o período da coleta, os pacientes foram identificados pelo censo de admissão da unidade selecionada. Após serem observados os critérios de inclusão e analisado duplicidade de coletas anteriores, buscava-se um ambiente privativo para realização da entrevista.

Os pacientes admitidos no setor de infectologia ou em outras unidades da referida instituição para internação, no período anteriormente citado, foram questionados quanto o motivo da sua internação e após confirmação autorrelatada do diagnóstico, foram convidados para participarem da pesquisa. Levando em consideração as condições acima descritas, após

aceitarem participar do estudo, assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), em seguida, iniciava-se a coleta de dados.

5.6 Aspectos Éticos

Foram respeitados todos os aspectos contidos na Resolução 466/2012 do Comitê Nacional de Ética e Pesquisa, que dispõe sobre estudos em seres humanos, na qual defende a dignidade, respeito, integridade e liberdade do ser humano (BRASIL, 2013). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe sob o número de registro CAAE: 57993616.6.0000.5546 (ANEXO A).

5.6.1 Riscos

O projeto não realizou intervenção direta, apenas perguntas necessárias para conhecimento da história pregressa. Como se trata de uma doença que uma das transmissões pode ser por relações sexuais, fez-se necessário perguntas íntimas que poderiam trazer risco de constrangimentos. Assim, esses foram minimizados por meio da privacidade proporcionada durante a entrevista e assegurou-se o sigilo das informações obtidas. Caso o mesmo não se sentisse confortável em responder, teve toda liberdade em recusar. Todas essas informações foram contidas no TCLE, lidas e esclarecidas ao pesquisado.

5.6.2 Benefícios

Com o conhecimento sobre aspectos predisponentes para internação, o paciente poderá se beneficiar com ações individualizadas dos profissionais, bem como, subsidiar estratégias eficazes para as políticas de saúde nas quais reduzirão danos à PVHA. Durante o estudo, a autora dirimiu dúvidas referentes à patologia e importância do tratamento. Assim, o paciente poderá se beneficiar com uma assistência baseada em evidências e educação em saúde que poderão contribuir para uma melhor qualidade de vida.

5.7 Análise dos dados

Os dados foram descritos por meio de frequências simples e percentuais. Para avaliar as relações entre as características demográficas, econômicas e comportamentais referentes à análise dos aspectos da TARV e de internação, foi aplicado a análise de correspondência

múltipla para construção de um mapa perceptual. Dessa forma, foram aplicados testes exatos de Fisher para todos os pares de variáveis categóricas entre os grupos. Todos os pares de variáveis com associação ao nível de 5,0% foram incluídas no citado mapa¹⁰. O nível de significância adotado foi de 5,0% e o software utilizado foi o *R Core Team* 2017 (GRENACRE; BLASIUS, 2006).

6 RESULTADOS

Ciência & Saúde Coletiva

Ciência & Saúde Coletiva

**Aspectos relacionados à internação hospitalar em adultos
portadores de HIV/Aids
Aspects related to hospital admission in adults with HIV /
AIDS**

Journal:	Ciência & Saúde Coletiva
Manuscript ID:	CSC-2018-0168
Manuscript Type:	Free Theme Article
Keywords:	Hospitalização, Terapia antiretroviral de alta atividade, HIV, Aids

SCHOLARONE™
Manuscripts

<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>

6.1 Artigo

Aspectos relacionados à internação hospitalar em adultos portadores de HIV/Aids **Aspects related to hospital admission in adults with HIV / AIDS**

Cícera Eugênia Pereira da Silva¹, Ligia Mara Dolce de Lemos², Alzira Maria D'ávila Nery Guimarães³.

Enfermeira Especialista em Cardiologia - Enfermeira do Hospital Universitário de Sergipe - eugenia_silva04@hotmail.com¹. Doutora em Ciências da Saúde, Professora da UFS. Aracajú, SE – Brasil². Doutora em Ciências Médicas, Professora da Pós-Graduação em Enfermagem/UFS. Aracajú, SE – Brasil³.

Resumo: Apesar dos avanços da terapia antirretroviral e aumento na sobrevida dos pacientes vivendo com HIV, muitos ainda necessitam de hospitalização. Objetivou-se analisar aspectos relacionados à internação hospitalar em portadores de HIV/aids. Trata-se de um estudo transversal, realizado no Hospital Universitário de Aracaju/SE, no setor de infectologia, entre outubro de 2016 a novembro de 2017. A amostra foi composta por 40 adultos HIV reagentes. Realizou-se análise descritiva por meio de frequências e associações de variáveis, aplicando-se os testes exatos de Fisher, utilizando o software R Core Team 2017. Dos 40 participantes, 24 (60,0%) eram homens, 20 (50,0%) possuíam faixa etária abaixo de 40 anos e 27(67,5%) com menos de oito anos de estudo. Quanto à internação hospitalar 31 (77,5%) apresentaram diagnóstico tardio do HIV, com doenças relacionadas à aids, a exemplo de pneumonia 2 (5,0%) e tuberculose 4 (10,0%). Os dados deste estudo permitem afirmar que homens, população jovem e com pouca escolaridade são aspectos que corroboram para a internação hospitalar. A predominância entre os pacientes que apresentaram diagnóstico tardio é preocupante, principalmente por revelar falhas nos processos do cuidado à saúde.

Palavras- chave: HIV, Aids, Hospitalização, Terapia Antirretroviral de Alta Atividade.

Abstract

Despite advances in antiretroviral therapy and increased survival of patients living with HIV, many still require hospitalization. The objective was to analyze aspects related to hospital admission in adults with HIV/AIDS. This was a cross-sectional study, carried out at the University Hospital of Aracaju / SE, in the infectious sector between October 2016 and November 2017. The sample consisted of 40 HIV-reactive adults. Descriptive analysis was performed using frequencies and associations of variables, using Fisher's exact tests, using R Core Team 2017 software. Of the 40 participants, 24 (60.0%) were men, 20 (50.0 %) had an age group below 40 years and 27 (67.5%) with less than eight years of study. As to hospital admission, 31 (77.5%) had a late diagnosis of HIV, with AIDS-related diseases, such as pneumonia 2 (5.0%) and tuberculosis 4 (10.0%). The data of this study allow to affirm that men, young population and with little schooling are aspects that corroborate for the hospitalization. The predominance among the patients who presented a late diagnosis is worrisome, mainly because it reveals flaws in the health care processes.

Key words: HIV, AIDS, Hospitalization, High Activity Antiretroviral Therapy.

Introdução

A aids (Síndrome da Imunodeficiência Humana) configura-se, atualmente, como um relevante problema de saúde pública mundial. Dados advindos do relatório do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS) confirmam que, no mundo, há 36,7 milhões de pessoas vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV¹.

No Brasil, do início da epidemia da aids, até junho de 2016, foram registrados 842.710 casos. Destes, 65,1% ocorreram em homens. O número de casos por ano, corresponde a aproximadamente 40,1/1000. Em Sergipe, a incidência em 2015 correspondeu a 17,1 por 100.000/ habitantes².

Em relação ao coeficiente de mortalidade no país, observou-se um discreto declínio passando de 5,9% em 2006 para 5,6% em 2015².

No país, após 30 anos do primeiro caso de aids em 1981, a política de enfrentamento à epidemia é reconhecida como referência no âmbito internacional³.

Em dezembro de 2013, o Brasil tornou-se o primeiro país em desenvolvimento e o terceiro do mundo, a iniciar a terapia com antirretrovirais (TARV) para as pessoas acometidas pelo HIV/aids, independente do aparecimento da imunodepressão⁴. Em 2014, o Ministério da Saúde (MS) recomendou o esquema de primeira linha para o tratamento constituído por três fármacos em um só comprimido: Tenofovir + lamivudina + efavirenz (TDF + 3TC + EFV)⁴. Porém, em 2017, um outro medicamento foi incorporado ao manejo terapêutico, o dolutegravir (DTG). Dessa forma, o novo esquema para início de tratamento para pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) passou a ser constituído por: TDF+ 3TC+ DTG⁵.

Um grande desafio no tratamento da aids para as políticas públicas de saúde está relacionada à adesão. Para se alcançar a eficácia do tratamento e a redução da replicação viral do HIV, é necessária adesão aos esquemas terapêuticos superior a 80,0%⁶. O risco de

transmissão da doença está intrinsicamente relacionado à falta de adesão ao tratamento, por isso, faz-se necessário o acompanhamento e uma assistência à saúde individualizada⁷.

Não obstante aos avanços da terapia antirretroviral e o aumento na sobrevida dos pacientes infectados pelo HIV, um grande número de pessoas pertencentes a esse grupo ainda necessita de hospitalização. Algumas situações são apontadas como predisponentes à internação, tais como: sexo masculino, população jovem, nível socioeconômico precário, uso de drogas ilícitas e desenvolvimento de doenças oportunistas⁸.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi analisar os aspectos relacionados à internação hospitalar em adultos portadores de HIV/aids.

Métodos

A abordagem metodológica foi constituída por um estudo transversal com descrição de variáveis e análise de aspectos relacionados às internações hospitalares, entre as pessoas vivendo com HIV/aids.

A pesquisa foi realizada no Hospital Universitário (HU) de Aracaju/SE, no setor de internamento da infectologia, onde funciona a clínica médica II. Essa unidade possui 18 leitos, desses, 11 são destinados às doenças infecciosas com uma média de ocupação de 74,91%⁹.

Utilizou-se a amostra intencional, composta por 40 pessoas e os critérios de inclusão dos participantes foram: pessoas do sexo masculino e feminino com idade maior ou igual a 18 anos, alfabetizados ou não; comprovadamente HIV positivo que estiveram internados no Hospital Universitário de Aracaju, entre o período de dezembro de 2016 a outubro de 2017. Foram excluídos os pacientes que demonstravam não ter conhecimento sobre o diagnóstico de HIV positivo e também aqueles que já haviam respondidos ao questionário anteriormente.

Para a realização da entrevista aos pacientes, aplicou-se um formulário contendo informações sobre as seguintes variáveis: identificação, dados sócio-demográficos; epidemiológicos comportamentais/apoio; terapia antirretroviral, adesão e dados da internação. Para obtenção de alguns dados complementares como: tratamento medicamentoso prescrito, exames laboratoriais (Carga viral e CD4) e para outros exames que se fizeram pertinentes ao objeto do estudo, utilizou-se informações contidas nos prontuários. Além destes, buscou-se os profissionais de saúde e algumas vezes o representante legal, nos casos os quais o paciente apresentou alguma condição clínica que o impossibilitasse em responder as questões.

Durante o período da coleta, os pacientes foram identificados pelo censo de admissão da unidade selecionada. Após serem observados os critérios de exclusão, buscava-se um ambiente privativo para realização da entrevista.

Foram respeitados todos os aspectos contidos na Resolução 466/2012 do Comitê Nacional de Ética e Pesquisa. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe sob o número de registro CAAE: 57993616.6.0000.5546.

Os dados foram descritos por meio de frequências simples e percentuais. Para avaliar as relações entre as características demográficas, econômicas e comportamentais referentes à análise dos aspectos da TARV e de internação, foi aplicado a análise de correspondência múltipla para construção de um mapa perceptual. Dessa forma, foram aplicados testes exatos de Fisher para todos os pares de variáveis categóricas entre os grupos. Todos os pares de variáveis com associação ao nível de 5,0% foram incluídas no citado mapa¹⁰. O nível de significância adotado foi de 5,0% e o software utilizado foi o *R Core Team* 2017.

Resultados

Dos 40 pacientes entrevistados, 24 (60,0%) eram do sexo masculino, (50,0%), com Intervalo de Confiança (IC) (45,0-75,0), encontravam-se na faixa etária abaixo de 40 anos sendo o IC (35,0-65,0), mais que a metade (21/52,5%) possuíam renda e 27 (67,5%) tinham menos que oito anos de estudo, IC (52,5-82,5). Quanto a cor autorreferida, a maioria, (25/62,5%) era parda e 22 (55,0%), residiam na grande Aracaju (Tabela 1).

Tabela 1- Caracterização dos aspectos demográficos e econômicos da amostra. Período: outubro de 2016 a novembro de 2017. Aracaju/SE.

Aspectos demográficos	N (40)	%	IC 95%*
Sexo			
Feminino	16	40,0%	25,0-55,0
Masculino	24	60,0%	45,0-75,0
Faixa Etária			
<=40 anos	20	50,0%	35,0-65,0
>40 anos	20	50,0%	35,0-65,0
Renda			
Não possui renda	19	47,5%	32,5-65,0
Possui renda	21	52,5%	35,0-67,5
Escolaridade			
<=8 anos	27	67,5%	52,5-82,5
>8 anos	13	32,5%	17,5-47,5
Cor Autorreferida			
Parda	25	62,5%	47,5-77,5
Não parda	15	37,5%	22,5-52,5
Local da Residência			
Grande Aracaju*	22	55,0%	40,0-70,0
Demais municípios do estado	18	45,0%	30,0-60,0

*Inclui: Aracaju, São Cristóvão, Nossa Senhora do Socorro, Barra dos Coqueiros *IC 95% - Intervalo com 95% de confiança via bootstrap (1000 réplicas).

Com relação aos aspectos epidemiológicos e comportamentais que levaram os pacientes à internação, 21 (52,5%) relataram não possuir parceria fixa, 23 (59,0%) tiveram um ou mais

parceiros fixos no último ano, 35 (87,5%) relataram orientação heterossexual com IC (75,0-97,5) e aproximadamente um terço deles verbalizaram não fumar, usar drogas ilícitas ou bebidas alcoólicas. Quanto ao tempo de descoberta do HIV, 18 (45,0%) afirmaram saber de sua condição há mais de cinco anos (Tabela 2).

Tabela 2 -Aspectos epidemiológicos e comportamentais que levaram à internação hospitalar. Período: outubro de 2016 a novembro de 2017. Aracaju/SE.

Aspectos epidemiológicos e comportamentais	N	%	IC 95% *
Parceiro Fixo (n=40)			
Sim	19	47,5%	32,5-65,0
Não	21	52,5%	35,0-67,5
Transmissão do HIV (n=29)			
Sexual	24	82,8%	69,0-96,6
Transfusão de Sangue	2	6,9%	0,0-17,2
Uso de drogas injetáveis	1	3,4%	0,0-10,3
Perfurocortante	2	6,9%	0,0-17,2
Etilismo (n = 40)			
Sim	11	27,5%	13,8-48,3
Não	29	72,5%	51,7-86,2
Tabagismo (n= 39)			
Sim	9	23,1%	10,3-35,9
Não	30	76,9%	64,1-89,7
Droga Ilícita (n=40)			
Sim	11	27,5%	15,0-42,5
Não	29	72,5%	57,5-85,0
Tempo de descoberta da doença (n=40)			
<1 ano	10	25,0%	12,5-40,0
1 a 5 anos	12	30,0%	17,5-44,9
>5 anos	18	45,0%	30,0-60,0
Orientação sexual (n= 40)			
Heterossexual	35	87,5%	75,0-97,5
HSH*	1	2,5%	0,0-7,5
MSM*	0	0,0%	0,0-0,0
Bissexual	4	10,0%	2,5-20,0
Travesti	0	0,0%	0,0-0,0
Transsexual/Transgênero	0	0,0%	0,0-0,0
Nºde parceiros fixos no último ano (n= 39)			
>=1	23	59,0%	43,6-74,4
Nenhum	16	41,0%	25,6-56,4

*IC 95% - Intervalo com 95% de confiança via bootstrap (1000 réplicas). *HSH: Homem que têm relações sexuais com outros homens. *MSM: Mulheres que têm relações sexuais com outras mulheres

Na identificação sobre uso da terapia antirretroviral, 24 (70,6%) dos pacientes relataram ter iniciado os medicamentos com menos de 30 dias após o diagnóstico o IC correspondeu a (55,9-85,3). Ao questionar sobre efeitos colaterais dos medicamentos, 19 (47,5%) referiram apresentar e os mais citados foram: náuseas, vômitos, diarreia e insônia. Com relação ao comparecimento às consultas, 12 (69,7%) compareciam com frequência aos agendamentos (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição das informações sobre uso da Terapia antirretroviral. Período: outubro de 2016 a novembro de 2017. Aracaju/SE.

Informações sobre TAV	N	%	IC 95%*
Uso do ARV após diagnóstico de HIV (n=34)			
<=30 dias	24	70,6%	55,9-85,3
>30 dias	10	29,4%	14,7-44,1
Efeitos colaterais aos ARV (n=40)			
Diarreia			
Sim	4	33,3%	8,3-58,3
Não	8	66,7%	41,7-91,7
Vômito			
Sim	3	25,0%	0,0-50,0
Não	9	75,0%	50,0-100,0
Náuseas			
Sim	4	36,4%	9,1-63,6
Não	7	63,6	36,4-90,9
Manchas Vermelhas			
Sim	1	8,3%	0,0-25,0
Não	11	91,7%	75,0-100,0
Agitação			
Sim	1	8,3%	0,0-25,0
Não	11	91,7	75,0-100,0
Insônia			
Sim	3	25,0%	0,0-50,0
Não	9	75,0%	50,0-100,0
Outros			
Sim	3	25,0%	0,0-50,0
Não	9	75,0%	50,0-100,0
Sem sintomas	28	70,0%	55,0-85,0
Comparecimento às consultas agendadas (n=40)			
Sempre	23	57,3%	42,5-72,5
Às vezes	7	17,5%	7,5-30,0
Nunca	3	7,5%	0,0-17,5
Não se aplica	7	17,5%	7,5-30,0

*IC 95% - Intervalo com 95% de confiança via bootstrap (1000 réplicas)

Nos aspectos relacionados à internação hospitalar, 31 (77,5%) dos pacientes tiveram menos que um ano entre o diagnóstico e a primeira internação, 10 (25,0%) referiram pelo menos uma internação no último ano e 24 (60,0%) não necessitaram de internação. Quanto aos motivos clínicos, 24 (60,0%) afirmaram sentir fraqueza, diarreia e febre (15/40,5%), anemia (11/27,5%) entre outros. Em se tratando de outros diagnósticos relacionados à aids, 2 (5,0%) apresentaram pneumonia, 4 (10,0%) tuberculose e 4 (10,0%) toxoplasmose cerebral, entre outros (Tabela 4).

Tabela 4 - Aspectos relacionados à internação hospitalar. Período: outubro de 2016 a novembro de 2017. Aracaju/SE.

Informações sobre internação hospitalar	N(40)	%	IC 95%*
Tempo entre o diagnóstico e a primeira internação			
<=1 ano	31	77,5%	62,5-90,0
>1 ano	9	22,5%	10,0-37,5
Dados clínicos da internação			
Anemia	11	27,5%	16,2-45,9
Fraqueza	24	60,0%	48,6-78,4
Diarreia	15	40,5%	27,0-56,8
Febre	15	40,5%	24,3-56,8
Caquexia	10	27,0%	13,5-40,5
Lesão pele Mucosa	9	24,3%	10,8-37,8
Alteração Sistema Nervoso Central	8	21,6%	10,8-35,1
Não se aplica	24	60,0%	13,5-40,5
Outros diagnósticos relacionados à aids			
Pneumonia			
Sim	2	5,0%	0,0-12,5
Não	38	95,0%	87,5-100,0
Tuberculose			
Sim	4	10,0%	2,5-20,0
Não	36	90,0%	80,0-97,5
Herpes Simples			
Sim	2	5,0%	0,0-12,5
Não	38	95,0	87,5-100,0
Citomegalovírus			
Sim	2	5,0%	0,0-12,5
Não	38	95,0%	87,5-100,0
Candidíase de Esôfago			
Sim	3	7,5%	0,0-17,5
Não	37	92,5%	82,5-100,0
Toxoplasmose Cerebral			
Sim	4	10,0%	2,5-20,0
Não	36	90,05%	80,0-97,5
Outras			
Sim	6	15,0%	5,0-27,5
Não	34	85,0%	72,5-95,0
Número de internações no último ano			
1 vez	10	25,0%	12,5-40,0
2 vezes	4	10,0%	0,0-20,0
3 vezes	1	2,5%	0,0-7,5
Mais de 3 vezes	1	2,5%	0,0-7,5
Não se aplica	24	60,0%	45,0-75,0

*IC 95% - Intervalo com 95% de confiança via bootstrap (1000 réplicas).

No mapa perceptual apresentado a seguir observa-se as categorias e seus quadrantes, identificando-se quatro perfis: Perfil 1: Pacientes com menos de 40 anos, que sabem da doença

entre um a menos de 5 anos, que possuem outros diagnósticos relacionados a aids e fazem uso de bebida alcoólica. Perfil 2: Pacientes que não foram internados por diarreia ou alteração do sistema nervoso central, que não responderam sobre como adquiriram o vírus, que outro motivo levou a internação e fumam. Perfil 3: Pacientes com mais de 40 anos, que sabem da doença há mais de 5 anos, não fazem uso de bebida alcoólica, não tem outros diagnósticos associados a aids e não tem reação ao fazer uso desses medicamentos. Perfil 4: Pacientes que se internaram devido a alteração do sistema nervoso central ou diarreia e nenhuma outra causa, não fumam, tem reação ao fazer uso desses medicamentos e responderam como adquiriram o vírus (Figura 1).

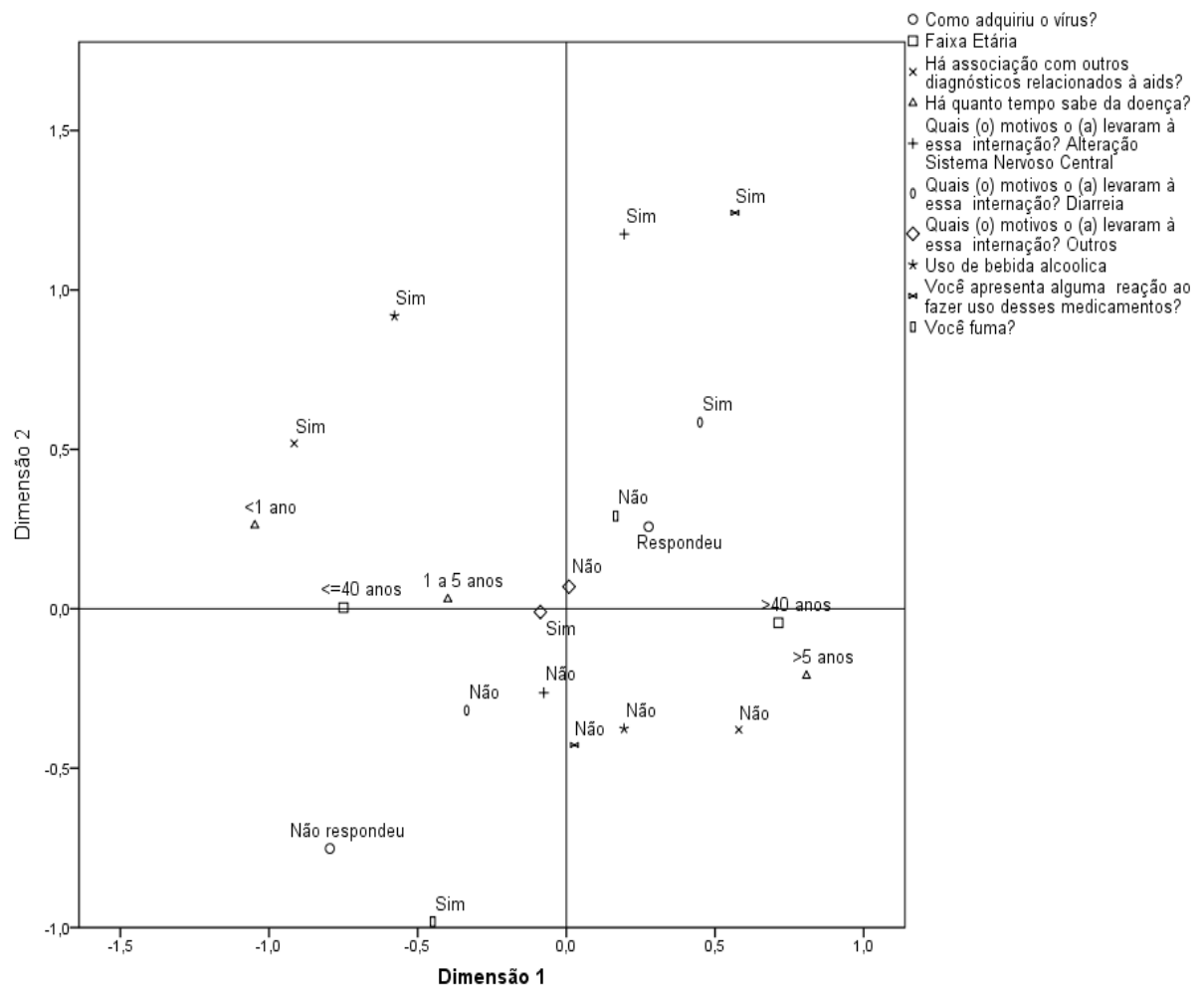


Figura 1 - Mapa Perceptual relacionado aos aspectos da internação hospitalar. Período: outubro de 2016 a novembro de 2017. Aracaju/SE.

Discussão

O acesso universal ao tratamento, à prevenção da infecção pelo HIV e das demais infecções sexualmente transmissíveis possibilitou transformar o cenário da epidemia do HIV no país. No entanto, os achados deste estudo revelam que a hospitalização relacionada ao HIV no Hospital Universitário de Sergipe foi elevada, principalmente, ao se considerar 21 anos após a introdução da terapia antirretroviral no Brasil¹¹. Por outro lado, houve um predomínio entre os indivíduos que não necessitaram de novas internações no último ano, o que se pode inferir uma maior sensibilização para adesão, após a experiência da primeira internação⁶.

Fato mais preocupante ainda encontrado é que mais de setenta por cento dos pacientes com menos de um ano de diagnóstico foram internados já com sinais e sintomas relacionados à aids. Esses dados contrapõem ao fato dos pacientes, em sua grande maioria, terem iniciados a terapia antirretroviral em pelo menos trinta dias após o diagnóstico, o que remete à reflexão sobre o diagnóstico tardio desses pacientes, pois mesmo tendo iniciado o TARV, ainda necessitaram de internação. Este achado pode estar relacionado com a falha terapêutica, principalmente pela não-adesão do paciente à essa terapia¹². No estado de Sergipe, vem ocorrendo diversas campanhas para detectar o vírus por meio da realização do teste de imunoenensaio (IE) simples, também denominado pelo MS de teste rápido. Porém, há necessidade de mais informações a respeito da temática para sensibilizar a população, sobretudo, à respeito da prevenção¹³.

Dentre os dados clínicos que levaram à última internação, fraqueza se constituiu o mais citado, seguido de diarreia, febre e anemia. Esses achados do estudo convergem com Kumar, et al. (2007)¹⁴, que apresentam estas sintomatologias como as possíveis causas de internações. Neste estudo, dentre outros diagnósticos relacionados à aids constatou-se uma predominância entre as doenças infecciosas como pneumonia, tuberculose, toxoplasmose cerebral. Apesar do

advento da Terapia Antirretroviral Altamente Eficaz (HAART), as doenças oportunistas ainda são as principais responsáveis pelas internações hospitalares⁸.

Sergipe, como em todos os estados do Brasil, fornece a terapia antirretroviral combinada a todos portadores elegíveis de HIV/aids, desde 1996, garantidos pela lei nº 9.313 sancionada em 13 de novembro, que assegura aos portadores do HIV e aids o direito de receber gratuitamente, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), todos os medicamentos necessários ao seu tratamento¹⁵. O acesso ao TARV, associado ao uso de quimioprofilaxia para infecções oportunistas e a oferta de outros tipos de assistência, tem possibilitado a redução das internações hospitalares e dos óbitos por aids no Brasil¹¹.

A política brasileira de acesso universal à TARV alcançou bons resultados, como diminuição da morbimortalidade, redução de internações e dos custos do tratamento¹⁶. Para continuidade e avanço desse sucesso, elevadas taxas de adesão necessitam ser mantidas em todo o país. Com isso, além de assegurar o acesso ao tratamento, é necessário melhorar a qualidade do cuidado, também investir nas políticas que atenuam os problemas sociais e culturais que afetam os pacientes vivendo com HIV/aids¹⁷.

Dados do MS mostram que algum grau de não-adesão ocorre universalmente, tanto em países ricos como em países pobres, ocorrendo mesmo em doenças que envolvem potenciais riscos de vida. Os pacientes têm “momentos de não-adesão” e a história dos que têm boa adesão tem relação com a superação de dificuldades¹⁸.

Os resultados desta pesquisa revelam uma população predominantemente masculina, similar aos dados nacionais e das macrorregiões do país⁸. Nota-se que os homens frequentemente não se atentam para o autocuidado, com uma busca reduzida pela assistência à saúde. Esse fato possivelmente pode estar relacionado ao maior número de internação para esse gênero.

No Brasil, constatou-se um incremento no número de pessoas jovens, principalmente entre aquelas compreendidas na faixa etária de 15 a 24 anos, conforme mencionado no último boletim epidemiológico publicado pelo Ministério da Saúde em 2016. É preocupante essa realidade, pois são pessoas que se encontram no auge da sua produtividade e de descobertas das potencialidades. Este estudo evidenciou que metade dos entrevistados possuía menos de quarenta anos, o que reflete uma realidade semelhante aos dados apresentados pelo MS².

Em relação à renda, sabe-se que uma remuneração digna possibilita um tratamento adequado que atenda às necessidades holísticas dos pacientes, propiciando dessa forma uma vida mais saudável. Porém, o estudo verificou que apesar da maioria relatar possuir renda, muitos desses detinham um poder aquisitivo inferior a um salário mínimo. No que tange aos anos de estudo, equiparando aos índices nacionais, a pesquisa mostrou que os participantes possuíam poucos anos de escolaridade. Esse fato reflete no menor acesso à informação o que dificulta a apreensão sobre adesão ao tratamento e sua importância para uma melhor qualidade de vida⁸.

A cor autorreferida, por ser uma impressão subjetiva, é uma caracterização de difícil análise, tanto pela população ser resultante de miscigenações, quanto por representar a forma que se é enxergado. No entanto, a cor parda foi preponderante neste estudo, o que corrobora com os dados apresentados pelo MS².

Verificou-se que o local de residência dos participantes de maior prevalência foi a grande Aracaju, na qual concentrou, outras três cidades, além de Aracajú: Nossa Senhora do Socorro, São Cristóvão e Barra dos Coqueiros. Observa-se, no entanto, uma tendência nacional para a interiorização do HIV, realidade essa encontrada no estudo realizado por Galvão, (2002)¹⁹. Pode-se depreender que uma vez residindo no interior do estado, haja uma dificuldade maior para ter acesso às consultas ambulatoriais realizadas nos centros de referência. Não

havendo a continuidade da assistência pode ocorrer conseqüentemente, a necessidade de um maior número de internamentos.

Em se tratando de relacionamentos afetivos muitos deles relataram desinteressados em manter um parceiro (a). Talvez pelo receio de não serem aceitos ao relatar o diagnóstico do HIV, muitos dos entrevistados informaram optar por não assumir um relacionamento estável. Sabe-se que as boas relações pessoais impulsionam as pessoas a buscar uma vida mais prazerosa e feliz, dessa maneira, estabelecer laços afetivos torna-se primordial para o enfrentamento da doença⁷.

No Nordeste prevalece a transmissão sexual, semelhante aos dados nacionais. Quanto à orientação sexual, ocorreu um predomínio para categoria heterossexual, o que conjuga com os dados apresentados no último boletim do MS. Porém, observa-se um recrudescimento entre os homens que fazem sexo com homens (HSH)². Durante a entrevista pôde-se observar um desconforto ao responder esse questionamento, por se tratar de algo íntimo o que, possivelmente, a informação relacionada a orientação sexual, pode não corresponder totalmente à realidade.

O uso das drogas lícitas e ilícitas podem levar ao insucesso do tratamento e a possíveis novas internações. Há estudos nos quais os pacientes mencionam ter que parar momentaneamente o uso dos medicamentos para ingerirem bebida alcoólica²⁰. Nesta pesquisa, mesmo havendo o relato, que no momento não faziam mais uso, muitos deles haviam citados o contato assíduo com essas drogas, tendo cessado ao descobrir sobre ser portador do vírus.

O comparecimento às consultas agendadas permite a continuidade da assistência, a prevenção de possíveis complicações e uma maior assiduidade ao tratamento. A maioria referiu comparecer às consultas, porém alguns relataram dificuldade no transporte, uma vez que nem sempre conseguiam essa garantia, pelo município⁶. Essa realidade precisa ser encarada pelo

poder público como uma ação prioritária para que o paciente possa ter o direito à saúde assegurado com integralidade e equidade.

Quanto aos esquemas terapêuticos, faz-se importante ressaltar que inicialmente, estes eram complexos e as reações adversas frequentes, fatores esses que levavam os pacientes, muitas vezes ao abandono do tratamento. Atualmente, a adoção do esquema terapêutico combinado três em um, recomendado pelo MS em 2013, trouxe mudanças relevantes no sentido de simplificar o tratamento, reduzir as reações adversas aos medicamentos e ampliar a adesão⁴. Nesta pesquisa, as queixas mais relatadas com o uso TARV foram: diarreia, náuseas e vômito. No entanto, a maioria dos participantes negou o surgimento das reações adversas com adoção da nova terapia, sendo esta considerada padrão ouro pelo MS. Esse fato é de extrema relevância pois espera-se que um maior número de pessoas se aglutine em favor do tratamento e reduza o índice de resistência e abandono à terapêutica.

Conclusão

Os achados deste estudo permitiram evidenciar que em relação aos aspectos sócio-demográficos e econômicos das PVHA houve uma predominância na população masculina, jovem, com baixa escolaridade e precário poder aquisitivo. Em se tratando dos fatores epidemiológicos e comportamentais, a maioria dos participantes do estudo adquiriu o HIV por transmissão sexual, referiu ser heterossexual, negou ter parceiro fixo e relatou não fazer uso de bebida alcoólica e tabagismo.

Quanto aos aspectos atinentes à internação hospitalar das pessoas vivendo com HIV/aids mais prevalentes foram: diagnóstico tardio do HIV com apresentação de algumas doenças relacionadas à aids (pneumonia, tuberculose e toxoplasmose cerebral) e os dados clínicos apresentados na internação foram: fraqueza, diarreia, febre e anemia.

Referências

1. Programa Conjunto da Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS). Novo Relatório do UNAIDS. [Acessado 2017 ago 13]. Disponível em: <https://unaids.org.br/2016/.../novo-relatorio-do-unaids-mostra-que-182-milhoes-de-p>.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Boletim epidemiológico HIVAIDS. Brasília: MS; 2016.
3. Greco DB. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. *Cien Saúde Colet* 2016; 21(5):1553-1564.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília: MS; 2015.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Nota Informativa 007-Protocolo de uso ARV 2017. Brasília: MS; 2017.
6. Silva JAG, Dourado MIC, Brito AMD, Silva CALD. Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2015; 31(6):1188-1198.
7. Hipólito RL, Oliveira DC, Costa TL, Marques SC, Pereira ER, Gomes AMT. Quality of life of people living with HIV/AIDS: temporal, socio-demographic and perceived health relationship. *Rev Lat Am Enfermagem* 2017; 25:2874.
8. Nunes AA, Caliani LS, Nunes MS, Silva ASD, Mello LMD. Análise do perfil de pacientes com HIV/Aids hospitalizados após introdução da terapia antirretroviral (HAART). *CienSaudeColet* 2015; 20(10):3191-3199.
9. Silva AM, Vasconcelo APL, Júnior EAC, Oliveira ENO, Oliveira GG, Silveira MGS, Santana LB, Albuquerque MAC, Almeida RP. Plano Diretor Estratégico do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe: Vencendo desafios com foco em melhores resultados para os usuários. [Acessado 2016 maio 10]. Disponível em: http://ebserh.gov.br/documents/16756/0/2016_03_02PDE20162017/ca0556d3-fb32-4d04-b8d2-75d192ccc6b3.
10. Greenacre M, Blasius J. Multiple correspondence analysis and related methods. CRC press, 2006.
11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para terapia Antirretroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV. Brasília: MS; 2008.
12. Figueiredo RM, Lopes MHB, Colombrini MRC. Adesão à terapia antirretroviral para HIV/AIDS. *Rev. Esc. Enferm USP* 2006; 40 (4): 576-81.

13. Sergipe. Sergipe tem 4.943 casos notificados de aids. Aracaju, 2016.[Acessado 2017 Ago 22]. Disponível em: <https://www.saude.se.gov.br/.../sergipe-tem-4-943-casos-notificados-aids-faixa-etaria-de-30-a-39-a>.
14. Kumar A, Kilaru KR, Sandiford S, Forde S. Profile of Hospitalized HIV-Infected Persons in the Highly Active Antiretroviral Therapy Era in Barbados. *J Int Assoc Physicians Aids Care* 2007; 6(2):101-105.
15. Brasil, 1996. Lei nº 9.313 de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a Distribuição Gratuita de Medicamentos aos Portadores do HIV e Doentes de AIDS. Diário oficial da União 1996; 14 nov.
16. Teixeira PR, Vitória MA, Barcarolo J. Antiretroviral treatment in resource -poor settings: the Brazilian experience. *Aids* 2004;18(3): 5-7.
17. Melchior R, Nemes MIB, Alencar TMD, Buchalla CM. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. *Rev. Saúde Públ* 2007; 41 (2): 87- 93.
18. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Coordenação Nacional de DST e Aids. Aderência ao tratamento por antirretrovirais. Ministério da Saúde, CN DST/AIDS. Brasília: MS; 2000.
19. Galvão J. A política brasileira de distribuição e produção de medicamentos antiretrovirais: privilégio ou um direito? *Cad. Saúde Pública* 2002; 18(1):213-219.
20. Romeu GA, Tavares MM, Carmo CP, Magalhães KN, Nobre ACL, Matos VC. Avaliação da Adesão a Terapia Antirretroviral de Pacientes portadores de HIV. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde* 2012; 3 (1):37-41.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Passados trinta anos da epidemia do HIV/aids, nos deparamos com barreiras que precisam ser enfrentadas para melhorar o cenário preocupante que se encontram as pessoas vivendo com HIV/aids. O elevado número de internações hospitalares ocorridas em um curto espaço de tempo após o diagnóstico, nos convida a repensar nossas práticas assistenciais e à necessidade em reestruturar os serviços de saúde vigentes.

Urge o envolvimento e comprometimento de todos que direta ou indiretamente se relacionam com as pessoas que vivem com HIV/ aids: família, amigos, profissionais de saúde e poder público. A soma dos esforços de cada um se configura como algo *sine qua non* para mudanças de paradigma quanto ao cuidado prestado, nas questões que envolvem inclusão, aceitação e respeito.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil: Coletânea de Estudos do Projeto ATAR**. Brasília, 2010. Disponível em: <www.aids.gov.br/> Acesso em 27 Set.2015.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico HIVAIDS**. Brasília, 2015a. Disponível em: <www.aids.gov.br/publicacao/2015> Acesso em: 08Jun.16.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico HIVAIDS**. Brasília, 2016a. Disponível em: <www.aids.gov.br/publicacao/2016> Acesso em: 02 Maio.2017.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico HIVAIDS**. Brasília, 2017a. Disponível em: <www.aids.gov.br/publicacao/2016> Acesso em: 02 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Critérios de definição de casos de aids em adultos e crianças**. Brasília, 2004. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/270818366_Criterios_de_definicao_de_casos_de_aids_em_adultos_e_crianças_Brasil_2004> Acesso em: 25 ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde: volume2**. Brasília, 2017b. Disponível em :<http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/analise_de_dados/GVS2-onlines.pdf> Acesso em: 25 ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS**. Brasília, 2008. Disponível em: <www.aids.gov.br/> Acesso em: 19 Set.2015.

_____. Ministério da Saúde. **Manual HIV/AIDS, hepatites e outras DST**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV**. Brasília, 2014 b. Disponível em: <www.aids.gov.br/> Acesso em: 28Jun.2016.

_____. Ministério da Saúde. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV**. Brasília, 2016b. Disponível em: <www.aids.gov.br/> Acesso em: 19 abr.2017.

_____. Ministério da Saúde. **Nota Informativa007-Protocolo de uso ARV2017**. Brasília, 2017c. Disponível em :<www.azt.aids.gov.br/.../Nota%20Informativa%20007%20-%20protocolo%20de%20uso%20> Acesso em 28 Jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Prevenção Combinada do HIV-Bases conceituais para os profissionais trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde.** Brasília, 2017d. Disponível em: <www.aids.gov.br/system/.../prevencao_combinada_bases_conceituais.pdf> Acesso em: 13 Jan.2018.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PREP) de Risco à Infecção pelo HIV.** Brasília, 2017e. Disponível em: <www.aids.gov.br/pt-br/profissionais-de-saude/hiv/protocolos-clinicos-e-manuais> Acesso em: 13 Ago.2017.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o manejo da infecção pelo HIV em adultos.** Brasília, 2015b. Disponível em: <www.aids.gov.br/> Acesso em: 27 Jun.16.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório do programa conjunto das nações unidas sobre HIV e AIDS (UNAIDS).** Brasília, 2014a . Disponível em: <www.aids.gov.br/> Acesso em: 24 Out.15.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012.** Diário Oficial da União, 13 de junho de 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 20 out. 2015.

BONOLO, Palmira de Fátima; GOMES, Raquel Regina de Freitas Magalhães; GUIMARÃES, Mark Drew Crosland. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas da adesão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Minas Gerais, v. 16, n. 4, p. 267-278, 2007.

CALVETTI, PrisläÜcker et al. Fatores psicossociais associados para adesão ao tratamento e qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/AIDS no Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Canoas, RS, v.63, n.1, p.8-15, 2014.

COELHO, Alessandra Brum. **Fatores associados ao risco de internação dos indivíduos HIV (+).** 2014. 155f. Dissertação (Mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

COHEN, Jon; ENSERINK, Martin. HIV, HPV researchers honored, but one scientist is left out. **Science**, v. 322, n. 5899, p. 174-175, 2008.

FAUSTINO, Quintino de Medeiros. **Intervenção cognitivo-comportamental e comportamento de adesão ao tratamento anti-retroviral em pessoas vivendo com**

HIV/AIDS. 2006. 155f. Dissertação (Mestrado) Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

GALLO, Robert C. A reflection on HIV/AIDS research after 25 years. **Retrovirology**, v. 3, p.72.2006.

GRANGEIRO, Alexandre; CASTANHEIRA, Elen Rose; NEMES, Maria Inês Battistella. A re-emergência da epidemia de aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 5-6, 2015.

GRECO, Dirceu Bartolomeu. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 21, n. 5, 2016.

GREENACRE, Michael; BLASIUS, Jorg (Ed.). **Multiple correspondence analysis and related methods**. CRC press, 2006.

HIPOLITO, Rodrigo Leite et al. Quality of life of people living with HIV/AIDS: temporal, socio-demographic and perceived health relationship. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, 2017.

LARTEY, M. et al. Causes of Death in Hospitalized HIV Patients in the Early Anti-Retroviral Therapy Era. **Ghana medical journal**, v. 49, n. 1, p. 7-11, 2015.

LOPES, A.C. **Clínica médica: diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Atheneu, 2013, p.4434-4444.

NUNES, Altacílio Aparecido et al. Análise do perfil de pacientes com HIV/Aids hospitalizados após introdução da terapia antirretroviral (HAART). **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 20, n. 10, p. 3191-3198, 2015.

RIBEIRO, Sayonara Rocha. **Eventos mórbidos graves e internações hospitalares em uma coorte clínica de pacientes com HIV/AIDS no Rio de Janeiro–Brasil, 2000-2010**. 2012. Tese de Doutorado. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas. Rio de Janeiro, 2012.

SERGIPE. **Sergipe tem 4.943 casos notificados de aids**. Aracaju, 2016. Disponível em: <www.saude.se.gov.br/.../sergipe-tem-4-943-casos-notificados-aids-faixa-etaria-de-30-a-39-a> Acesso em: 22.agos.2017.

SILVA, José Adriano Góes et al. Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. 2015. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.6, p.1188-1198, 2015.

SILVA, Leonara Maria Souza da; TAVARES, Jeane Saskya Campos. A família como rede de apoio às pessoas que vivem com HIV/AIDS: uma revisão na literatura brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Santo Antônio de Jesus, BA, v. 20, n.4, p.1109-1118, 2015.

SILVA, Angela Maria da et al. **Plano Diretor Estratégico do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe**: Vencendo desafios com foco em melhores resultados para os usuários. Aracaju, 2016.

UNAIDS (2016b). **Novo Relatório do UNAIDS** .21 Nov. 2016. Disponível em: <<https://unaid.org.br/2016/.../novo-relatorio-do-unaid-mostra-que-182-milhoes-de-p>> Acesso em: 13.Agosto. 2017.

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Você está convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa sobre: **Aspectos Relacionados à Internação Hospitalar em Adultos Portadores de HIV/AIDS**, na qual será conduzida pela pesquisadora: Cícera Eugênia Pereira da Silva.

Este estudo tem por objetivo analisar os aspectos relacionados à internação hospitalar das pessoas adultas acometidas por HIV/aids. Você, bem como outros pacientes, poderão se beneficiar com ações dos profissionais de saúde para minimizar danos à saúde e conseqüentemente, contribuirá para uma melhor qualidade de vida.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir e retirar seu nome do consentimento. Não haverá remuneração e serão tomadas todas as medidas para minimizar os riscos, tais como: privacidade durante a entrevista, sigilos com as informações passadas e respeito a sua pessoa.

A entrevista será aplicada pela pesquisadora e três acadêmicas do Curso de Enfermagem previamente treinadas quantos os princípios éticos e sistemática de coleta de dados, nas quais você poderá esclarecer quais motivos levaram a necessitar de internação hospitalar. As informações e os resultados contidos neste estudo, poderão ser apresentados em universidades, revistas científicas, ou congresso, porém sem constar sua identificação.

Para esclarecimento sobre quaisquer dúvidas deixo meu contato telefônico à disposição: 79/998112888.

PÓS- CONSENTIMENTO

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecido (a), manifesto meu consentimento em participar da pesquisa. Declaro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Aracaju, _____/_____/_____

Assinatura do Participante da Pesquisa ou Representante legal

Assinatura do Pesquisador

DIGITAL

APÊNDICE B- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**Título: ASPECTOS RELACIONADOS À INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM ADULTOS
PORTADORES DE HIV/AIDS**

Pesquisadora: Cícera Eugênia Pereira da Silva
Orientadora: Prof^a.Dr^a.Alzira Maria D'ávila Nery Guimarães
Coorientadora: Prof^a .Dr^a. Lígia Mara Dolce de Lemos.

I-IDENTIFICAÇÃO

1.Número do formulário:

2. Número do prontuário: _____

3.Data da entrevista: ____/____/____

4.Local da coleta: _____

5.Nome abreviado: _____

II-DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS E ECONÔMICO

6.Sexo: ()Feminino ()Masculino

7.Data de nascimento: ____/____/____

8.Idade: _____

9.Cor da pele auto referida: ()Branca ()Negra ()Parda ()Amarela ()Não referida

10.Escolaridade: ()Não estuda ()Estuda / Anos de Estudo: _____

11.Situação profissional: ()Empregado () Autônomo () Mercado informal ()Aposentado
() Desempregado () Outra: _____

12.Renda: _____

13.Procedência: _____

14.Área de residência: () Rural () Urbano

15.Residência fixa: () Sim () Não

III-DADOS EPIDEMIOLÓGICOS / COMPORTAMENTAIS/APOIO

16. Identifique o grau de dificuldade para ter acesso à consulta no ambulatório do HU:

☐ Muito ☐ regular ☐ pouco ☐ nenhum ☐ não se aplica

17.Qual o tempo de espera para ter acesso à vaga no ambulatório ?

☐ Dias _____ meses ☐ _____ ☐ não se aplica

18.Identifique o grau de dificuldade para ter acesso à internação no HU:

☐ Muito ☐ regular ☐ pouco ☐ nenhum ☐ não se aplica

19.Referenciado pelo: ☐ Ambulatório do HU ☐ outra Instituição ☐ Qual _____

20. Qual o tempo de espera para ter acesso à vaga para internação no HU ?

☐ imediato _____ ☐ Dias _____ ☐ meses ☐ Não sabe

21.Parceiro (a):

☐ Fixo ☐ Não fixo ☐ Sem parceiro

22.Como você adquiriu o vírus do HIV?

☐ Relações sexuais com homens ☐ relações sexuais com mulheres ☐ relações sexuais com homens e mulheres ☐ Transfusão de sangue ☐ Uso de drogas injetáveis ☐ outra forma/qual? _____ ☐ não quer responder/não sabe

23.Faz uso de bebida alcoólica?

☐ Não ☐ uma vez por mês ☐ todo final de semana

☐ 1 ou mais vezes/ semana ☐ 1 ou mais vezes/ dia ☐ Parou de beber/ quanto tempo: _____

24.Você fuma?

☐ Sim _____ cigarros/dia ☐ Não ☐ Parou de fumar/quanto tempo _____

25.Faz uso de alguma droga ilícita?

☐ Não ☐ todo final de semana ☐ 1 ou mais vezes/semana ☐ 1 ou mais vezes/ dia

☐ Parou o uso/ quanto tempo: _____

26.Há quanto tempo você descobriu que possui o vírus do HIV?

☐ Semanas _____ ☐ meses _____ ☐ anos _____

27.Em quais destas categorias sexuais você se encaixa?

☐ Heterossexual ☐ HSH ☐ MSM ☐ Bissexual ☐ Travesti ☐ Transsexual/transgênero

28.Com quantos parceiros (as) fixos você teve relações sexuais nos últimos 12 meses?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ não tem parceiro fixo ☐ Não quer informar ☐ Não sabe informar

29.Com quantos parceiros (as) eventuais você teve relações sexuais nos últimos 12 meses?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ou mais ☐ Não tem parceiro eventual ☐ Não quer informar ☐ Não sabe informar

30.Alguns dos seus parceiros (as) tem o vírus do HIV?

☐ Sim ☐ não ☐ não quer informar ☐ não sabe informar ☐ não se aplica

31.Você informou aos seus parceiros (as) que possui o vírus do HIV?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não quer informar ☐ não sabe informar ☐ Não se aplica

32.Você falou para algum membro da sua família que tem aids?

☐ Sim quem? _____ ☐ Não

33.Você tem apoio/ajuda de sua família?

☐ Sim quem? _____ ☐ Não

34.Você tem apoio do parceiro (a)?

☐ Sim ☐ Não -Se não, justificar: _____

35.Você tem apoio de amigos ?

☐ Sim ☐ Não- Se não, justificar: _____

IV-TERAPIA ANTIRRETROVIRAL E USO DO ARV**36.Ao saber sobre o diagnóstico de HIV positivo quando você começou a usar medicamentos antirretrovirais?**

☐ < 01 ano _____ ☐ 1 a 2 anos ☐ 3 a 4 anos ☐ 5 anos e mais ☐ Não iniciou

37.Você faz uso diário dos medicamentos antirretrovirais?

☐ Sim ☐ Não

38.Em que hora do dia você toma seus medicamentos antirretrovirais?

☐ Manhã _____ ☐ tarde _____ ☐ noite _____ ☐ Não sabe informar

39.Você sabe o nome dos medicamentos que você usa para AIDS?

☐ Sim ☐ Não ☐ Alguns ☐ não se aplica

40.Você apresenta alguma reação ao fazer uso desses medicamentos?

☐ Sim ☐ não ☐ não se aplica

Se sim especificar: ☐ diarreia ☐ vômito ☐ náuseas ☐ manchas vermelhas no corpo

☐ agitação ☐ insônia

41.Quais motivos dificultam a realização do tratamento para aids?

☐ Desconhecimento sobre a importância do tratamento

☐ Falta de apoio familiar/parceiro

☐ horário das tomadas dos medicamentos

☐ apresenta mal- estar ao usar os medicamentos

☐ Não se aplica

42. Você comparece às consultas agendadas ?

☐ Sempre ☐ às vezes ☐ Nunca Se nunca, justificar: _____

☐ não se aplica

V-DADOS DA INTERNAÇÃO

43. Quanto tempo se passou entre o diagnóstico e a primeira internação? _____

44. Quais (o) motivos o (a) levaram à essa internação?

☐ Causas relacionadas ao HIV/aids? ☐ Causas não relacionadas ao HIV/aids?

☐ Anemia ☐ fraqueza ☐ diarreia ☐ febre ☐ alteração do Sistema Nervoso Central
especificar: _____ ☐ caquexia ☐ lesão na pele/ mucosa

☐ outros _____

45. Sinais e sintomas apresentados no momento da entrevista:

☐ Anemia ☐ fraqueza ☐ diarreia ☐ febre ☐ alteração do Sistema Nervoso Central
especificar: _____ ☐ caquexia ☐ lesão na pele/ mucosa

☐ outros _____

46. No período de um ano quantas vezes você necessitou de internação?

☐ 1 vez ☐ 2 vezes ☐ 3 vezes ☐ mais de 3 vezes ☐ Não se aplica

47. Quais (o) motivos o (a) levaram à necessitar de nova (s) internação (ões)?

☐ Causas relacionadas ao HIV/aids? ☐ Causas não relacionadas ao HIV/aids?

☐ Não se aplica

48. Associação com outros diagnósticos relacionados à aids:

DOENÇA	1= SIM	2= NÃO
Pneumonia		
Tuberculose		
Herpes simples		
Herpes Zoster		
Citomegalovírus		
Criptococose extrapulmonar		
Câncer cervical invasivo		
Candidíase de esôfago		

Toxoplasmose cerebral		
Sarkoma de Kaposi		
Outra:		

49.Comorbidades concomitantes à aids:

() Doença Pulmonar () cardiovasculares() HAS () DM () hepatite B () hepatite C
 () Câncer especificar:_____

50.Valores das taxas mais recentes:

CD4 _____ Carga viral_____ () ausente

Data dos Exames: ____/____/____

51.Esquema terapêutico em uso:

() TDF + 3TC + EFV
 () AZT + 3TC
 () ABC + 3TC
 () ddI + 3TC
 () Não iniciou () Não reiniciou
 () outro

52.Resultado dos exames mais recentes:

Hemoglobina_____leucócitos_____ linfócitos_____ sorologia para
 Hepatite B_____ sorologia para Hepatite C _____ () sem exame

53.Esquema vacinal:

Pneumococo: () Completo () incompleto () ausente () não sabe
 Hepatite B: () Completo () incompleto () ausente () não sabe
 Influenza: () Completo () incompleto () ausente () não sabe
 Difteria e tétano (dT): () Completo () incompleto () ausente () não sabe

ANEXO I- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE ARACAJÚ/ UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE/ HU-

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES ASSOCIADOS À INTERNAÇÃO EM ADULTO PORTADOR DE HIV/AIDS

Pesquisador: CICERA EUGENIA PEREIRA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57993616.6.0000.5546

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.849.121

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de mestrado

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar os fatores associados à internação hospitalar em adultos portadores de HIV/AIDS.

Objetivo Secundário:

*Caracterizar os aspectos sócio-demográficos e econômicos das pessoas com HIV/AIDS que necessitam de internação hospitalar; *Identificar os

aspectos epidemiológicos e comportamentais associados à internação nos portadores de HIV/AIDS.

*Descrever os principais eventos morbidos associados à internação

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com os autores

Riscos:

O projeto não prevê intervenção direta, apenas perguntas necessárias para conhecimento da história pregressa. Como se trata de uma doença que uma das transmissões poderia ser por relações sexuais, faz-se necessário perguntas íntimas que podem trazer risco de constrangimentos. Assim, esses serão minimizados por entrevista em local privativo e será

Endereço: Rua Cláudio Batista s/n°

Bairro: Sanatório

UF: SE

Telefone: (79)2105-1805

Município: ARACAJU

CEP: 49.080-110

E-mail: cephu@ufs.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE ARACAJÚ/ UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE/ HU-

Continuação do Parecer: 1.849.121

assegurado sigilo das informações obtidas. Caso o mesmo não se sinta confortável em responder, terá toda liberdade em recusar-se. Todas essas informações estão contidas no TCLE onde serão lidas e esclarecidas ao pesquisado.

Benefícios:

Com o conhecimento dos fatores predisponentes para internação, o paciente poderá se beneficiar com ações dos profissionais de saúde individualizadas e que minimizem danos à saúde. Durante o estudo, as autoras irão dirimir dúvidas referentes à patologia e importância do tratamento. Assim, o paciente irá se beneficiar com educação em saúde que poderá contribuir para uma melhor qualidade de vida

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

"A abordagem metodológica será constituída por um estudo transversal, quantitativo, descritivo e analítico. A pesquisa realizar-se-á no Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Sergipe (UFS), no setor de internamento da infectologia. A população será composta por pessoas do sexo masculino e feminino maior ou igual a 13 anos, alfabetizados ou não; comprovadamente HIV positivo que estejam internados no Hospital Universitário de Aracaju no período de outubro de 2016 a agosto de 2017, residentes ou não no estado de Sergipe. Será aplicado um instrumento

(APÊNDICE B) contendo variáveis acerca da situação sociodemográfica e econômica dos indivíduos acometidos por HIV-AIDS. Abordar-se-ão os aspectos epidemiológicos e comportamentais dos pacientes, bem como, sua compreensão sobre o a importância do tratamento medicamentoso e surgimento de possíveis eventos adversos. Somado a esses aspectos, será investigado o aparecimento de morbidades associadas ou não, ao

esquema profilático empregado; dificuldades enfrentadas para realização da terapia; assiduidade às consultas agendadas; período ocorrido entre o diagnóstico e a primeira internação. Além disso, serão descritos os sinais e sintomas apresentados na admissão e frequência das reinternações. A primeira etapa da coleta de dados será realizada por meio da seleção dos pacientes que se enquadrarem ao perfil de inclusão da pesquisa, ou seja: pessoas adultas acometidas por HIV/AIDS que necessitaram de internação hospitalar."

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os pesquisadores redefiniram o projeto e foi retirada a participação de crianças, e será desenvolvido apenas com adultos

Recomendações:

Não há

Endereço: Rua Cláudio Batista s/n°

Bairro: Sanatório

CEP: 49.080-110

UF: SE Município: ARACAJU

Telefone: (79)2105-1805

E-mail: cephu@ufs.br

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE
ARACAJÚ/ UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE/ HU-**

Continuação do Parecer: 1.849.121

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_753876.pdf	27/10/2016 10:24:39		Aceito
Outros	questionario.docx	27/10/2016 10:23:45	CICERA EUGENIA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOMESTRADO.docx	27/10/2016 10:21:48	CICERA EUGENIA PEREIRA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	27/10/2016 10:18:10	CICERA EUGENIA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoAssinada.pdf	06/07/2016 09:41:17	CICERA EUGENIA PEREIRA DA SILVA	Aceito
Outros	AutorizacaoPesquisa.pdf	06/07/2016 09:40:09	CICERA EUGENIA PEREIRA DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACAJU, 05 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Anita Herminia Oliveira Souza
(Coordenador)

Endereço: Rua Cláudio Batista s/n°

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)2105-1805

E-mail: cephu@ufls.br